CLINICA CHIRURGICA DI SIENA

DELL'USO

DEL PERCLORURO DI FERRO-MANGANICO

IN ALCUNI CASI DI CHIRURGIA

NECROSI, SENI FISTOLOSI, IDROCELI ECC.

DEL PROF. GIOSUÈ MARCACCI

CLINICO CHIRURGICO NELLA R. UNIVERSITÀ DI SIENA — PROFESSORE ONORARIO NEL R. ISTITUTO DI STUDI PRATICI E DI PERFEZIONAMENTO DI FIRENZE — V. PRESIDENTE AL SECONDO CONGRESSO MEDICO INTERNAZIONALE TENUTO IN FIRENZE NEL SETTEMBRE 1869 EC. EC.

SIENA
STAB. TIP DI A. MUCCI
1870.

Dai molti miei sperimenti (*) e per osservazioni cliniche, parvemi che il percloruro di ferro-manganico, non solo avesse virtù di coagulare prontamente l'albumina ovunque la trovasse; ma anche avesse l'altra qualità, adoperato entro certi confini di concentrazione, di determinare una salutare azione irritativa essudatoria, di proliferazione sui nostri tessuti: di questa sua virtù ho stimato profittare per la cura di alcune malattie, nelle quali quel grado d' irritazione proliferica mi sembrò indicato. L' ho iniettato per esempio negl' idroceli, nei seni fistolosi ribelli; l' ho applicato nel caso di necrosi per sollecitare la separazione del sequestro; negli ascessi cronici ec. Eccovi il racconto genuino dei fatti.

OSSERVAZIONE PRIMA

Necrosi del femore al suo terzo inferiore.

Era Bacherini Egisto che il 17 di Novembre 1867 veniva ammesso in clinica. Ha 19 anni; è pallido, gra-

(*) Settantatre nuovi sperimenti fatti con alcuni coagulanti il sangue, e più particolarmente col percloruro di ferro-manganico. — Considerazioni intorno alla più comune

cile, linfatico; è di Campagnatico (Provincia di Grosseto). Ha quattro seni fistolosi al di sopra del ginocchio, terzo inferiore della coscia, tre all' esterno, ed uno al lato interno ed anteriore: conducono tutti al femore che è per larga estensione necrosato. Per via di due tente condotte per seni diversi sentiamo il sequestro al tutto immobile come muro. Il ginocchio è anchilosato sotto un angolo ottuso sulla coscia: percloruro di ferro-manganico internamente secondo la seguente formula « *percloruro di ferro-manganico a gradi* 20° *gocce* 15; *acqua addolcita grammi* 50 » *da amministrarsene un cucchiaio da minestra la mattina ed uno la sera, crescendo cinque gocce ogni tre o quattro giorni fino a* 50 *ed anche* 60 *gocce*. (*).

Il 21 è preso da eresipola alla parte malata, che gli invade tutto l' arto fino al dorso del piede; ove, fatta flemmonosa, formasi un ascesso. L' eresipola cessa il 4 Decembre, e riprendo l' uso interno del percloru-

maniera di guarigione degli aneurismi corredate di 140 osservazioni pratiche per il Dott Giosuè Marcacci Professore di clinica chirurgica alla R. Università di Siena, Professore onorario nel R. Istituto di studi pratici e di perfezionamento di Firenze. Siena Stab. Tip di A. Mucci. Febbraio 1867

(*) Il percloruro di ferro-manganico viene dal Soprintendente di Farmacia di questo Spedale di Siena sig. Filippo Belardi preparato nel modo seguente.

Prendo, egli scrivevami, 200 grammi di sesquiossido di ferro umido di recente precipitato e ben lavato; più 50 grammi di sesquiossido di manganese sottilmente polverizzato, e lo mescolo col primo. Fatta questa miscela vi verso una quantità di acido cloridrico tale da fare rimanere isolata una parte delle due prime sostanze impiegate. Dopochè il tutto ha reagito per 24 ore a freddo lo faccio per un' ora reagire a bagno maria. Assicuratomi quindi della quasi neutralità del liquido, lo filtro per carta ed al calore della stufa lo conduco alla densità di 30 gradi dell' areometro di Baumè.

ro, per la insorgenza della eresipola sospeso. I seni fistolosi sono angusti, nè si può raggiungere l' osso ed afferrarlo con tanaglie. Parendomi grave il recidere tutta la spessezza delle carni che divide l' uno dall' altro seno si dilatano colla spugna preparata. Ottenuta dopo molti giorni una dilatazione sufficiente riesco ad afferrare l' osso colla sommità delle tanaglie, ma senza efficacia. Allora taglio fino all' osso tutte le carni che separano due seni, ed ottengo un' ampia apertura, nella quale posso introdurre il dito indice comodamente: un' arteria recisa dà sangue in abbondanza; si arresta col liquido del Capodieci: col dito sentesi l' osso scabro in larga superficie, ed in un punto offre come una fenditura, un crepaccio, per via del quale l' osso si può tenacemente prendere colle tanaglie; si fa molta forza, la tanaglia, sebben robusta, si torce, e l'osso resiste.

Il 10 gennaio, pur continuando nell'uso interno del percloruro, si imprende ad adoperarlo come topico a gradi 20° trasportandolo col mezzo di una spugna nel fondo della piaga sopra tutto quanto l'osso denudato; e ciò si fa tutti i giorni.

Il 20 sentesi un pezzo d' osso mobile; ma per essere troppo lungo non può estrarsi, rimanendo impigliato fra le carni. Si continua l' uso del percloruro sulla parte.

Il 4 febbraio si estrae un pezzo d'osso; ed il 5 se ne estrae un secondo, assai voluminosi.

Il 7 si estrae a viva forza una terza porzione di osso: col dito si sente che ve ne rimane ancora una non piccola parte: s' ingrandisce l' apertura, e se ne tenta nuovamente la estrazione; l' osso resiste. Si portano nel fondo della piaga le forbici osteotome, e se ne tenta la divisione che non riesce. Fino al 25 si lascia in riposo: in questo giorno si torna all' uso topico del percloruro.

Il 5 marzo riuscì estrarre una quarta porzione di osso. Si va fino al 4 aprile adoperando sempre localmente il percloruro. Il 6 possono estrarsi altri due frammenti ossei. Il 10 per mezzo di un tubo metallico si portano due bottoni infuocati a bianco agli estremi presnnti dell' osso necrosato; il 22 viene estratto altro pezzo d' osso, che è il settimo. Ne rimane altra porzione immobile che pare faccia corpo col restante del femore sano.

Il Bacherini dopo una dimora di sei mesi nello Spedale è molto migliorato; si consiglia di tornarsene a casa; e parte dalla clinica il 27 Maggio 1868.

Qual parte avrà avuto il percloruro al distacco di quelle sette porzioni d' osso?

Gli appunti storici vennero raccolti dallo studente sig. Leopoldo Tomellini.

OSSERVAZIONE SECONDA

Necrosi del processo mostoideo destro.

Il 17 marzo 1865 veniva accolto nella nostra clinica Angiolo Calvani di Siena di anni 50 verniciaio, di abito di corpo sanguigno venoso pendente alcun poco al linfatico; però di buona costituzione, per esser guarito di un seno fistoloso che aveva al di dietro dell' orecchio destro: il quale era sede di un gemizio marcioso continuo: uno specillo spinto nel seno urtava contro i cancelli delle cellule mastoidee, e dava contatto di osso duro, nè era possibile farvelo penetrare: trattavasi invero di *necrosi*. Il Calvani fu sempre sano, e neppure fu mai tocco da labe sifilitica. Un anno avanti senza cagione avvertita vide sorgere in quella località una tumefazione accompagnata da mite dolore: suppurò lentamente, e dopo due mesi si aprì; lasciò per cir-

ca un anno a sè la malattia pur continuando nei lavori del suo mestiere: finalmente entrò nella clinica, siccome si è detto.

Squarciai il seno, ma ben presto tornò a restringersi senza che l'osso malato si staccasse: adoperai le iniezioni di tintura di iodio ogni mattina per quindici giorni senza alcun profitto. Ebbi ricorso allora a quelle di percloruro di ferro-manganico a gradi 15 parimente tutte le mattine. Alla quarta iniezione destossi un'eresipola che incominciata dal luogo malato si estese al copillizio, al collo, alla faccia, e tenne un corso piuttosto grave di 8 giorni. Tornai dipoi all' uso del percloruro, e dopo quattro iniezioni consecutive, trovossi il dì veniente cicatrizzata l'ulcera, e chiuso il seno senza che alcuna porzione d'osso si vedesse o si sentisse uscire dall' ulcera (esfoliazione molecolare). La guarigione fu perfetta, nè si è più mai smentita. Partì dallo Spedale il 21 aprile; 24 giorni dal suo ingresso. Ho riveduto in questi giorni (Decembre 1869) il Calvani, che è ricovrato nell' Istituto di Mendicità, e gode perfetta salute.

Gli appunti storici vennero raccolti dallo studente sig. Stefano Becchini.

OSSERVAZIONE TERZA

Necrosi dell' osso frontale per ferita.

Francesco Lecchini di Siena di anni 38 sarto; linfatico-venoso; dedito alle bevande spiritose, ed al vino da cui era spesso sopraffatto, in un alterco riceveva un colpo di daga al lato destro della fronte, per lochè vien trasportato allo Spedale e ricevuto nella clinica il 3 Marzo 1869. La ferita ha la lunghezza di circa sei centimetri dal sopracciglio destro dirigendosi in alto ed

indentro raggiunge, sulla linea mediana, quasi il capillizio. Il labbro esterno è sollevato e distaccato insiem col periostio dall' osso sottoposto: un dito introdotto nella ferita sente l' osso diviso nel senso stesso della divisione delle parti molli; è veramente, e propriamente tagliato l'osso: di cui l'orlo interno è più basso dell' esterno. La ferita fu subito riunita con cerotti. Nei primi giorni si ha qualche indizio di sonnolenza, di sopore, poi del dolore di capo, ed anche lieve moto febrile. Mignatte, purgativi drastici, senapizzazioni e dieta rigorosa tutto ricompongono. Frattanto la ferita si riunisce fuorchè ai due estremi ove rimane un pertugio pel quale lo specillo sente l' osso denudato per la estensione di qualche centimetro: ad ogni medicatura, comprimendo, esce dai due pertugi una certa quantità di pus. Il 10 marzo, sette giorni dalla riportata lesione, troviamo la ferita tutta cicatrizzata: l' indomani però torna a farsi gonfia e dolente, e gonfie sono le palpebre; si è fatta una raccolta nel centro della ferita: con uno specillo se ne riaprono facilmente i due estremi, e si vuota il pus raccolto con delle pressioni: si constata al tempo stesso la scopertura dell' osso per larga estensione. Il 13 nuova chiusura, nuova raccolta: si riapre collo specillo, e si constata di nuovo la denudazione ossea, ed il solco o taglio col suo orlo esterno rilevato, contro il quale urta lo specillo. Vedendo la malattia rimanersi stazionaria si fa una iniezione di percloruro di ferro-manganico a gradi 10° dal pertugio inferiore, e che esce dal superiore; ne avviene turgore dei dintorni della ferita, ed edema della palpebra superiore. Si ripete la iniezione il 23, 24, 25. Si sospende per la flogosi che ne sorge: si rinnova il 31, il primo ed il 2 aprile: il 3 si trova la ferita intieramente cicatrizzata. Si trattiene in osservazione fino al 7; la guarigione si mantiene perfetta. Volle partire: gli si racco-

manda di farsi vedere se il male si riaffacciasse: non si è più veduto.

La storia venne raccolta dallo studente sig. Augusto Tosi.

OSSERVAZIONE QUARTA

Necrosi dell' osso frontale per vizio venereo.

Carlo Pulcinelli di Siena di anni 38 stampatore, di gracile costituzione, ammogliato con figli, fu ammesso nella nostra Clinica il 24 Maggio 1869. Ha un' ascesso alla fronte assai esteso, che in larghezza raggiunge, a sinistra la gobba frontale, a destra la sorpassa di circa un centimetro: nel senso verticale si estende dalla parte più elevata della fronte al sopracciglio destro. La pelle che lo ricopre è di un rosso cupo tendente al livido, molto assottigliata, e quà e là prossima ad esulcerarsi; nella parte più bassa in prossimità del sopracciglio destro è un' apertura ulcerosa assai esigua; dalla quale con difficoltà, comprimendo scaturisce sanie ed icore scuro sanguinolento: altra apertura esiste in alto anch' essa esigua, ed ulcerosa: Uno specillo incontra l' osso allo scoperto in larga estensione, scabro irregolare e duro, e che non si lascia penetrare dallo specillo; veramente necrosato.

Il Pulcinelli fù molte volte attaccato di blenorrogia, ed una volta da ulceri veneree: ebbe la lue, e dovè far uso, ora del sublimato corrosivo, ed ora dell'joduro di potassio per lunga pezza. Si praticano delle aperture, delle controaperture onde facilitare lo scolo alle marcie, ed in fine per via di tagli mettonsi in comunicazione le ridette aperture, ponendo cosi allo scoperto pressochè intieramente l' osso necrosato. Si fa la medicatura con faldelle unguentate di pomata mercuriale, ed in-

ternamente si amministra l'joduro di potassio. L'ulcera si ristringe, la pelle si rafforza, ma rimane in vicinanza del sopracciglio un pertugio per dove si va all' osso necrosato, che non ha subito alcun cangiamento. Si continua per quindici o venti giorni questa cura, e si introduce uno stuello entro il seno, coperto di unguento mercuriale. Veduto il nessun profitto si abbandona ogn'altro medicamento, e si praticano le iniezioni di percloruro di ferro-manganico a gradi 12 tutte le mattine; cagionano del bruciore assai tollerabile; una mattina troviamo le parti alquanto tumide, rosse infiammate, colla palpebra superiore molto rigonfia per edema: si sospende la iniezione del percloruro, e si sovrappone un' empiastro. Dopo dne giorni si torna alle iniezioni, e passati altri quattro o cinque giorni l' ulcera è cicatrizzata; la pelle, adesa allo parti sottoposte, ha ripreso il colorito quasi normale; ed il Pulcinelli con nostra meraviglia e sorpresa è intieramente guarito. Si trattiene in Clinica per alcuni altri giorni per assicurarci della perfetta guarigione. Parte il 21 giugno. Lo abbiamo riveduto di poi, e la cicatrice si mantiene solida e ferma.

L' Ammalato era stato affidato allo Studente Signor Ferruccio Bacherini che ne compilò la storia.

OSSERVAZIONE QUINTA

Necrosi al mascellare inferiore

All' aprire della Clinica di quest' anno 1869 venivami cortesemente ceduto dal Chirurgo Dott. Raffaello Chiantini, nel cui servizio era collocato, il Giovine Pietro Scheggi di 23 anni, lavoratore di terra, celibe. Una gangrena spontanea gli aveva distrutto la metà destra del labbro inferiore, ed una buona parte della

guancia corrispondente ; onde Noi lo accettavamo allo scopo unico di riparare a quella vasta perdita dalla quale versavasi continua la saliva. La cicatrice dei labbri circoscriventi la perdita, erasi compiuta o isolatamente, o contro il corpo della mascella, lasciando allo scoperto 4 denti e la mascella stessa, se non che questa era sede di vegetazioni carnose molli, e facilmente sanguinanti: nel centro di queste vegetazioni era un pertugio che conduceva all' osso necrosato per larga estensione. É naturale che prima di procedere all' autoplastica Noi dovessimo procurare la separazione del sequestro: a questo fine il 29 Novembre abbiamo spinto per quel pertugio con uno schizzetto del percloruro di ferro-manganico a gradi 12 fin contro l'osso necrosato; e mantenendo lo schizzetto nel pertugio ve lo abbiamo trattenuto per qualche minuto: il malato ha sentito del bruciore: qnesta operazione abbiamo ripetuta ogni mattina. Comprimendo i dintorni di quell' ulcera l' ammalato ha sentito più volte fra i suoi diti come della grossolana sabbia: è l' osso necrosato che si stacca per esfoliazione molecolatore. La mattina del 6 Decembre troviamo quel foro completamente chiuso, cicatrizzato. La mattina del 12 quel foro è nuovamente aperto: uno specillo sente un punto d'osso tuttavia malato: si ritorna alle iniezioni di percloruro per altri quattro giorni, cioè fino al 16 inclusive. La mattina del 17 il pertugio è completamente cicatrizzato, e la guarigione si è mantennta per sempre.

Gli appunti storici vennero giorno per giorno, con molta diligenza, raccolti dal giovine studente sig. Paolo Funaioli.

OSSERVAZIONE SESTA

Profondo seno fistoloso alla regione inguino-iliaca destra.

Il 17 Novembre 1868 ricevevamo nella nostra clinica dal servizio del Prof. Spediacci, il giovine Duranti Giovanni di anni 24, contadino, celibe, già molto pallido, scarno e mal ridotto. Fu sempre gracile, e spesso infermiccio; i suoi genitori però, tuttora viventi, sono sani. Ha un seno fistoloso sottocutaneo alla regione inguino-iliaca destra della lunghezza di 18 in 19 centimetri con due sbocchi o aperture; che l' una superiore è tre dita trasverse al di sopra dell'arcata crurale di contro la fossa iliaca: l'altra inferiore al di sotto della metà della lunghezza dello scroto: una souda di gomma elastica percorre tutto quel seno, sebbene un po' a stento: la pelle che ne forma la parte anteriore è molto assottigliata. Fra i mali più rilevanti cui è andato soggetto ricorda che due o tre anni indietro ebbe gonfie ed edematose le gambe, e che ne fu guarito con vescicanti. Nel Maggio ultimo gli comparve al lato destro del pube, e precisamente a livello dell' anulo inguinale un tumoretto che facilmente si riduceva, e che per consiglio del medico contenne con un cinto: il tumore scomparve del tutto. Nell'Agosto susseguente, essendo alla campagna cadde ed urtò del ventre contro l'orlo di una fossa: ne ebbe forte dolore e grave contusione, cui tenne dietro una raccolta d'acqua, egli dice, intraperitoneale (ascite?), della quale pure potè guarire. Se non che durante questa ne venne difficoltà e poi impedimento ad orinare, e fu necessario devenire al cateterismo per più giorni. Le orine venivano torbide e marciose; e lasciavano un' apposatura abbondante; e così si sono mantenute e si mantengono tuttavia.

L' estensione e la grandezza del seno suddescritto non ci danno animo a squarciarlo per intiero, nè il malato vi acconsentirebbe: vi si passa un setone, e se ne annodano le due estremità, come per consumarne adagio adagio la pelle, e si stringe tutti i giorni fino alla tolleranza. I primi tentativi riescono bene; ma al quinto giorno sorge una febbre gagliarda con brividi di freddo e tremori intensi prolungati, che si ripetono irregolarmente per tre o quattro giorni di seguito; si sviluppa in conclusione una vera pioemia: si amministra il solfito di magnesia a 10, poi a 15 ed in fine a 20 grammi al giorno. Comparisce un dolore al perineo, cui tien dietro tosto un ascesso: si apre al più presto; ne esce abbondanza di marcia. Frattanto le orine tornano a fluire con difficoltà, con pena, e si mantengono abbondantemente marciose. L' ammalato incomincia a migliorare della febbre, finchè il 26 Decembre possiamo di nuovo dirigere le nostre cure al seno fistoloso che si mantiene nelle condizioni primitive. Faccio ricorso alla compressione su tutto il tragitto del seno con lunghette e fasciatura a spiga: è d' uopo abbandonarla perchè non tollerata: allora si tentano le iniezioni iodate senza alcun prò: ci decidiamo a squarciarlo da cima a fondo: un' arteria ci dà un' emorragia inquietante, che arrestiamo facilmente coll' emostatico del Capodieci: frattanto guarisce l' ascesso del perineo. Dopo alcuni giorni ci accorgiamo dell' esistenza di un pertugio che mostrasi a metà circa del corso del seno primitivo squarciato, e precisamente un dito trasverso al di sopra dell' arcata crurale: con una tenta constatiamo che esso si approfonda per 9 in 10 centimetri dirigendosi in addietro, in alto, ed un po' in dentro verso la vescica: con una piccola siringa vi iniettiamo tutte le mattine la tintura di iodio allungata con acqua a parti uguali. Ci viene il dubbio che la tintura non raggiunga il fon-

do del seno; vi introduciamo allora un pezzo di siringa di gomma elastica e col mezzo di questa vi si spinge la tintura, talora lasciandovela a permanenza per 24 ore, che cagiona dolore e flogosi: altre volte si inietta il liquido nel seno, e con un dito posto sull'orifizio vi si trattiene. Durante queste iniezioni non di rado il malato accusa noia, ed incomodo alla vescica, al retto, e gli si risveglia volontà di orinare. Il seno non fa alcun mutamento, si mantiene lo stesso. Come vincere, come guarire un seno così esteso che quasi a picco si approfonda nell'escavazione del bacino inverso la vescica ed il retto? Niuno certo poteva pensare a farne lo squarciamento; frattanto la piaga prodotta dal primo taglio andava ristringendosi, e si cicatrizzava. Volli tentare un miscuglio di allume usto e precipitato rosso ridotti in polvere finissima, impalpabile, coprendone una siringa unguentata, o uno stuello di fila, ma anche ciò senza utilità alcuna.

Erano oramai quasi cinque mesi che ci travagliavamo intorno a questa grave malattia, quando il 3 marzo 1869 ci venne in mente di tentare l'uso del percloruro di ferro-manganico a gradi 12°. Il dolore ed il bruciore prodotti da questa iniezione fu forte, intenso nella fossa iliaca e nel ventre, ma che si dissipò del tutto dopo circa due ore, facendosi sempre più mite dopo i primi momenti. Il 4 si ripete la iniezione coi medesimi fenomeni. Il 5 medesima iniezione: il dolore fu anche più intenso, e si fece sentire ancora all'intestino retto. Dopo un'ora ha una evacuazione con senso di forte bruciore all'ano; le materie fecoli, secondo afferma lo stesso malato ed il servo che lo assiste, sono tinte del liquido iniettato; e ne è pure macchiato il lenzuolo col quale quelle materie vennero raccolte. Il malato poi afferma con perfetta convinzione che il liquido spinto dal seno gli passa qualche volta per lo intestino

e poscia per l'ano. Un' ultima iniezione cagiona dolori acerbi nel fondo del bacino, e nel ventre, e desta anco della febbre: si sospende e tutto rientra nall'ordine primitivo in capo a due giorni: si fa una medicatura semplice; la piaga esterna si ristringe viepiù, si cicatrizza, e dal seno non esce più goccia di marcia. Dopo 4 giorni non si scorge più alcun indizio di pertugio; una piccola sonda di gomma non vi penetra più affatto: esso è guarito completamente. Il malato annunzia un benessere non mai sentito: un altro tentativo di penetrare nel seno riesce vano; non vi ha più alcuna dubbiezza la guarigione è assicurata. Il Duranti riprende carne, le orine migliorano, si sviluppa un appetito straordinario, ingrassa a vista d'occhio, si fa colorito e florido; parte dallo Spedale il 20 Marzo nella più fiorente salute.

Gli appunti storici vennero raccolti dallo studente sig. Giovanni Bufalini.

OSSERVAZIONE SETTIMA

Idrocele della vaginale con ingrossamento del testicolo.

Il 20 Febbraio 1866 veniva accolto nella nostra clinica Bartolomeo Rabissi del Comune di Sovicille dell' età di 42 anni, contadino, di temperamento sanguigno. Non ebbe mai alcuna malattia di carattere: solamente da circa un anno si era accorto della comparsa di un tumore al lato destro dello scroto: piccolo in sulle prime non gli recava incomodo alcuno, finchè fatto più voluminoso divenne cagione di stiramenti, e dolori puntori. Attualmente ha un idrocele della vaginale destra, a forma allungata conica, a larga base irregolare in basso. Il liquido contenuto è chiaro, limpido e tra-

sparente: il testicolo ha la sua ordinaria posizione, se non che ha tre volte il suo volume ordinario, ed è irregolare, duro, bernoccoluto. Sto in forse di operarlo: considerando però che l' idrocele è in aumento, che è cagione di dolori e stirature, e che l' ammalato è desideroso di liberarsene, ne ho fatta la puntura la mattina del 22 e ne estrassi 70 grammi di liquido limpido e citrino: vi iniettai non più di 25 a 30 grammi di percloruro di ferro-manganico a 12' gradi, che, dopo due o tre minuti, lasciai uscire, avendo maneggiato ben bene lo scroto perchè il liquido si portasse a contatto di tutta quanta la superficie della vaginale, e dopochè si era risvegliato qualche doloretto lungo il cordone; ma il liquido non uscì per intiero. La reazione che ne sorse fu piuttosto acuta, grave; lo scroto si tumefece assai, senza però corrispondente proporzionato dolore; era per la massima parte tumefazione edematosa. Di lì a otto giorni la intumescenza incomincia a decrescere, ma con lentezza; fu in grado però di lasciar lo Spedale verso la metà del mese di Marzo, giorni 21 dall' operazione, avendo lo scroto sempre alquanto tumido, ed il testicolo grosso come per lo innanzi.

Ultimamente nel mese di Novembre 1869 il Sig. Dott. Giuseppe Fineschi Medico del luogo mi faceva sapere per lettera che il Rabissi « ritornato dallo Spedale a casa, soffrì di coliche nefritiche, e dopo alcuni mesi di patimenti morì di marasmo. »

Gli appunti di questa storia vennero presi dallo studente sig. Stefano Becchini.

OSSERVAZIONE OTTAVA

Idrocele semplice della vaginale destra.

Luigi Pericciolí della Pieve di San Giovan Battista

di Sovicille di 34 anni, lavoratore di terra, celibe, di buona costituzione, di abito di corpo sanguigno venoso: fu sempre sano. Ha un idrocele della vaginale a destra di cui si accorse tre anni avanti: finchè fu piccolo non gli recò alcun incomodo, e potè sempre attendere ai lavori della campagna: da alcuni mesi gli reca molestia, non lieve, specialmente quando lavora la terra, attalchè alla sera si fa sede di dolori gravativi, che, stando in riposo, si dileguano. Il liquido è trasparente, il testicolo occupa la sua giacitura normale. Puntura il 23 Agosto: si estraggono 215 grammi di limpido siero giallastro: il testicolo è sano: si iniettano 170 grammi di percloruro di ferro-manganico a 10 gradi: vi si trattiene sei minuti finchè determini un po' di dolore lungo il cordone ed ai lombi, dolore però ben lieve, e che cessa prima che il liquido sia evacuato; ne rimane nella vaginale una piccola quantità, forse un mezzo grammo: un cerotto sulla ferita prodotta dalla puntura. Nella notte veniente destasi un po' di dolore nello scroto ed anche nel testicolo; l'indomani lo scroto è tumefatto pastoso, sentesi la vaginale che è ripiena di essudati plastici; il testicolo è dolente solamente comprimendolo. Il 25, due giorni dopo l'operazione, lo scroto è aumentato di volume, ma non ha raggiunto però quello che aveva innanzi alla puntura: comparisce dell'edema sottocutaneo che ne aumenta le proporzioni. Il 26 nessun cambiamento; nessun dolore se si mantiene fermo ed immobile. A partire da questo giorno la tumefazione va decrescendo adagio adagio, e dopo 20 giorni dall' operazione è in grado di partire dallo Spedale, rimanendo solamente un po' di tumefazione poco o nulla dolente ed in gran parte edematosa, ed anco costituita da essudati plastici nella vaginale che richiedono un maggior tempo per essere assorbiti. L'11 Settembre parte guarito. Lo si prega a farsi rivedere

se la malattia si riaffacciasse, dimorando assai vicino alla Città; non si è più veduto.

Essendo in tempo di vacanze gli appunti storici furono da me stesso redatti.

OSSERVAZIONE NONA

Idrocele semplice della vaginale destra.

Il 21 Novembre 1868 era accolto nella nostra clinica Francesco Lippi di Radicondoli (Provincia Senese) di 58 anni, contadino, magro e macilento per antica affezione di stomaco. Ha un idrocele della vaginale destra assai voluminoso: cresciuto adagio adagio e lentamente nel corso di due anni, sviluppossi spontaneo: attualmente ha 19 centimetri di lunghezza, 24 di periferia. Il tumore è trasparente, la vaginale non offre nulla di notevole; il testicolo occupa la sua sede ordinaria, ed è sano. La mattina del 28 si pratica la puntura; si estraggono 300 grammi di seriosità limpida e citrina: si iniettano 120 grammi di percloruro di ferro-manganico a gradi 8°; vi si trattiene non più di duo minuti finchè desta mite dolore, che, appena sensibile si propaga fino alla regione lombare: qualche grammo di percloruro è rimasto nella vaginale, giacchè la quantità estratta è di tre o quattro grammi minore di quella iniettata. Alla sera lo scroto è alquanto tumefatto da avere raggiunto un terzo del volume che aveva l'idrocele: questa tumefazione devesi per la massima parte ad edema sottocutaneo. Se si prende però nel vuoto della mano il tumore, e comprimendo coi diti si cerca di scanzare l'edema allora si sente e si apprezza la pastosità del sacco vaginale; pastosità costituita dagli essudati che già si sono formati nella vaginale medesima.

La mattina seguente (29) la tumefazione del lato destro è aumentata, ed ha raggiunto a un di presso il volume che aveva antecedentemente l' idrocele: ma questa tumefazione è quasi tutta edematosa; sentesi però che anche il sacco vaginale è cresciuto, mostrasi però al tempo stesso molto pastoso, ma alquanto più consistente del giorno innanzi. Si mantiene stazionario per tre o quattro giorni (3 Decembre). Colla veduta di accelerare la discomparsa dell' edema si prescrivono delle posche astringenti con tannino (acido gallo-tannico grammi 10, acqua grammi 30). Dopo 3 giorni (6 Decembre) destasi del dolore spontaneo; si sospendono le posche, empiastro. L'8 si riprendono le posche: la tumefazione decresce, e l' 11 Decembre parte, 13 giorni dalla operazione non rimanendo allo scroto che una leggera tumidezza pastosa dovuta per la massima parte all'edema sottocutaneo, senza però alcun dolore.

L' ammalato era stato affidato allo studente signor Giovanni Bufalini che ne appuntò la storia. Abbiamo avute notizie che la guarigione si mantiene completa.

OSSERVAZIONE DECIMA

Idrocele semplice della vaginale sinistra.

Contemporaneamente al Lippi ridetto veniva ricevuto ancora Giuseppe Becarelli di Staggia (Comune di Poggibonsi) di 57 anni, contadino, e di buona costituzione affetto da idrocele semplice della vaginale sinistra. Erano 18 anni che senza cagione alcuna eragli comparso un tumore allo scroto, che andò lentissimamente crescendo, finchè raggiunse le proporzioni seguenti: aveva 14 centimetri di lunghezza, e 23 di periferia. La trasparenza è molto distinta, il testicolo sano, occupa il posto consueto.

Puntura la mattina del 28. Si estraggono 180 grammi di limpido siero, color citrino chiaro; qualche grammo fu perduto. Iniettati 80 grammi di percloruro di ferro-manganico a gradi 8°. Di più non fu possibile atteso il guasto avvenuto allo schizzetto: la vaginale come era da aspettarsi, non si distese: e perché il liquido si portasse a contatto di tutta quanta la superficie interna della vaginale, maneggiai molto lo scroto: dopo due minuti, avendo destato appena un leggero bruciore, che si limitò alla vaginale venne evacuato per intiero. Potei dubitare che, sia per la poca quantità del liquido iniettato, sia per il poco o quasi niun dolore destato, e questo limitato alla vaginale, e per il breve tempo che vi venne trattenuto non dovessero avvenire quei processi salutari necessari alla guarigione.

Alla sera lo scroto è tumefatto, ma meno che negl' altri casi: sentesi però che la vaginale va riempiendosi di linfa plastica. La mattina successiva (29) lo scroto è più gonfio e più specialmente alla sua parte inferiore, ma sempre di una gonfiezza molle, pastosa. Alla sera la tumefazione parmi leggermente accresciuta, e parmi aumentato anche il calore: L' ammalato afferma che non vi ha dolore se pur non lo comprime: empiastro fino al 2 Decembre. Rimanendo sempre della tumefazione edemotosa si prescrivono le pesche di una soluzione di tonnino come sopra. Il 10 Decembre, dodici giorni dalla fatta iniezione ritornava in seno della famiglia perfettamente guarito. Alla sua partenza dallo Spedale non rimaneva allo scroto che una leggiera tumefazione che niuna molestia gli recava nè allo stare, nè al caminare. Dal Sig. Dott. Marchionni ebbi poi notizia che la guarigione si manteneva intiera e completa, anche dopo un' anno.

Lo Studente Sig. Ferruccio Bacherini cui venne affidato il malato redasse gli appunti storici.

OSSERVAZIONE UNDECIMA

Idrocele della vaginale destra complicato da malattia del testicolo.

Il 12 giugno 1869 veniva accettato nella Clinica il Facchino Francesco Lecchini di 36 anni ammogliato con una sola figlia avuta nei primi tempi di matrimonio. Ha un voluminoso idrocele della vaginale a destra, col testicolo che occupa la sua sede ordinaria, molto, grosso ed irregolare e duro, come se fosse scirroso; non è sede nè fu mai di alcun dolore. L' idrocele occupa tutta la lunghezza dello scroto e giunge a far pressione contro l' anello inguinale e quasi vi si insinua da non lasciare spazio alcuno fra esso e l' anello stesso: ha 22 centim. di lunghezza, e 25 di periferia. Da soli 4 mesi Egli si avvide del suo tumore, che già era grosso quasi quanto lo è attualmente. Manca lo scroto ed il testicolo del lato sinistro: questo sentesi nel canale inguinale in prossimità dell' esterno orifizio, ma piccolo, vizzo, atrofico, quanto o poco più di un fagiolo: compresso, non si sveglia la sensazione propria a quest' organo: da questo medesimo lato ha pure un'ernia intestinale sciolta. Ebbe tre volte la blenorrogia; mai l' orchitide.

Il 16 giugno operazione. Il liquido estratto fu 285 grammi; è limpido citrino, senza fiocchi: Evacuato il liquido abbiamo potuto apprezzare lo stato del testicolo: è grosso quanto un'ordinaria mela, irregolare, duro, bernoccoluto, non fu mai sede, di dolori di sorta. Si iniettano 108 grammi di percloruro di ferro-manganico a gradi 6 di concentrazione; si fanno dei maneggiamenti, onde si porti a contatto di tutta quanta la superficie della vaginale: vi si trattiene otto minuti finchè si de-

sta un lieve dolore che si limita allo scroto; quindi si fa uscire il liquido iniettato, ma non riesce estrarne, per quante pressioni e manovre si possa fare, più di 75 grammi; 32 grammi rimangono nel sacco vaginale, lochè ci tiene in una certa apprensione, nè sappiamo bene intenderne la cagione, se non si volesse ammettere la presenza di concamerazioni per briglie o pseudomembrane, effetto di precedute vaginaliti di cui la storia amnanestica però non ci offre alcuna traccia. Un pezzetto di cerotto sulla ferita prodotta dalla puntura.

Alla sera lo scroto è tumefatto, e, se si tocca o si comprime è anche un poco dolente.

La mattina veniente (17) la tumefazione ha raggiunto il volume che aveva l' idrocele prima dell' operazione: verso mezzogiorno si risveglia del dolore molto acuto, intenso; la tumefazione non è aumentata, è una vaginalite acuta che si è svilnppata con febbre ardente: 20 mignatte lungo il cordone spermatico sulla regione inguinale: il dolore ci calma, la febbre vien meno, ed una suppurazione si stabilisce nella vaginale: si pratica una incisione ne esce in abbondanza la marcia di buona qualità; la febbre cessa del tutto: le suppurazioni vanno tutti i giorni diminuendo, finchè cessano affatto, e la ferita si cicatrizza, ed in capo ad un mese dall' operazione il Lecchini parte guarito, rimanendo il testicole quale era innanzi l' operazione, col sacco vaginale tuttavia alquanto voluminoso, e che ben presto tornò alle condizioni normali.

Pochi giorni fa rividi il Lecchini, il quale ha ripreso il suo mestiere di facchino; e venni da lui assicurato mantenersi le parti nelle condizioni primitive, ed essere in grado di compiere gli atti copulativi come sempre; però senza effetti generativi.

Gli appunti storici vennero raccolti dallo Studente Sig. Ferruccio Bacherini.

OSSERVAZIONE DODICESIMA

Idrocele del sacco erniario

Francesco Simoncini di 30 anni, di S. Lorenzo a Merze (Provincia di Siena) lavoratore di terra, di buona e sana costituzione, di abito di corpo sanguigno venoso, entra nella clinica il 24 del mese di Luglio 1869 con un tumore al lato destro dello scroto. Al momento della sua ammissione nello spedale fa al chirurgo di guardia il seguente racconto. Che sette anni avanti gli comparve quel tumore: che in principio era piccolo, che rientrava nel riposo, ricompariva faticando, e che poco o nulla lo molestava. Un giorno lavorando la terra, e faticando sentì scendere qualche cosa di maggior volume, il tumore s' ingrandì, si fece teso e dolente; sopravvennero dolori di ventre e nausee: comprese egli stesso che trattavasi di allentatura, e postosi giaciuto in terra potè colle proprie mani farlo rientrare. Questo accidente gli avvenne poi più volte, e potè rimediarvi sempre nel modo stesso. Una tal volta però fu d' uopo ricorrere al Chirurgo che gli consigliò l' uso del cinto: il quale non bastava però ad impedirne l' uscita ogni qualvolta si sottoponeva a qualche, anche leggiero, sforzo. Da circa un mese non rientra più: attualmente è alquanto dolente, e più, sotto la pressione; anche il ventre duole, in specie verso il tumore, ed è tumido e teso: ha nausee ed eruttazioni. Il chirurgo di guardia udita questa storia ebbe dubbio di ernia strozzata; lo fece entrare in un bagno, e dipoi usò qualche tentativo il taxis senza risultato alcuno.

La mattina veniente (25) io lo visitava, trovandolo in un letto della mia clinica. Esisteva un tumore alla parte destra dello scroto di forma cilindroide, quasi un

pezzo d' intestino tenuto legato ai due estremi e disteso da aria, lungo 15 centim. liscio, a superficie uguale, renitente, elastico, a pareti uniformemente tese con un senso di quasi fluttuazione: in alto si spingeva così di contro l' anello che quasi si inoltrava nel canale inguinale, ma non tanto, che tirando in basso il tumore non si potesse apprezzare una piccola porzione di cordone libero; il quale nel suo insieme erà così voluminoso da potere quasi illudere che fosse continuazione del tumore. In basso si addossava al testicolo, che occupava la parte più inferiore del tumore; il quale però ne era distinto come da un vestigio di solco che appena si designava sulla pelle, ma che ben si apprezzava palpando coi diti, e potevasi isolare e sentirsi indipendente: veduto o contrallume non offrì alcuna trasparenza, nè a me, ne ai molti studenti che lo guardarono attentamente: La percussione dava un suono cupo, matto. Da altra parte il Simoncini affermava che questo tumore era quello stesso che era comparso tante volte, ed altrettante fatto rientrare; e che da un mese solo, riformatosi lavorando, non era riescito nè a Lui nè al Medico a riporre. Sebbene vi fossero alcune apparenze di ernia fatta irriducibile e lentamente strozzata, pure non poteva io tanto persuadermene, fatto calcolo della forma allungata, cilindroide del tumore, della renitenza, elasticità sua, della uniformità ed uguaglianza di superficie, e della quasi fluttuazione: se poi si traeva in basso il tumore per quanto il malato lo permetteva, riesciva a sentire che non era veramente il tumore che si prolungava nel canale inguinale, ma il cordone spermatico fatto molto voluminoso: In basso, come si disse, il testicolo era facilmente isolabile dal tumore. Dunque la malattia in esame per alcune sue qualità fisiche aveva più le apparenze di un' idrocele che quelle di un' ernia. Frattanto ordiniamo 40 grammi d' olio di ricino: si ot-

tengono abbondanti evacuazioni, senza che alcun cangiamento avvenga nel tumore. Ogni mattina alla nostra visita si ripete la esplorazione per costatare la trasparenza, ma invano, il tumore è perfettamente opaco. Una mattina però fatto il maggior buio possibile nella sala nella quale facevasi l'esame, chè nei giorni antecedenti ci contentavamo di un'oscurità mediocre, ed adoperato un lume a fiaccola più voluminosa e più vivace riesci vedere una leggiera trasparenza in alto in un punto limitato, ma che trattenendosi fissi a guardare, vedevasi quella trasparenza crescere, e finalmente si potè apprezzare in tutto il tumore, sebbene come attraverso un velame assai denso, ed allora tutti si potè vedere: infine per apprezzare quella trasparenza conveniva fermarsi alquanto a guardar fissi in un dato punto, come se i raggi lucidi dovessero impiegare un certo tempo per attraversare il tumore. Allora non mi parve più dubbiosa la diagnosi: trattavasi di un'idrocele del sacco erniario: i cui principali sintomi erano; trasparenza, forma cilindroide, renitenza, elasticità; tenzione; quasi fluttuazione; indipendenza dal cordone e dal canale inguinale superiormente; dal testicolo inferiormente: esistenza anteriore di un'ernia antica riducibile. La difficoltà di costatare la trasparenza derivava dalla spessezza delle pareti del sacco. Un giorno, ridotta l'ernia, rimase fuori il sacco, il quale venne obliterato per l'uso di un'ordinario e rozzo cinto, e quindi si fece organo separatore della sierorità in quel sacco contenuta, e che andava via via crescendo. Il volume considerevole poi del cordone intrainguinale lo si doveva probabilmente alla presenza del sacco erniario a pareti grosse ritornato su se stesso al di sopra della obliterazione.

La mattina del 30 Luglio fu eseguita la puntura col trequarti, e furono estratti 120 grammi di limpido

siero cifrino come nell'ordinari idroceli, di poi ci furono spinti 26 grammi di percloruro di ferro-manganino a gradi 6.: vi fu trattenuto 5 minuti senza che potesse destare il più piccolo dolore: quindi fu fatto escire; ma non fu possibile ricavarne che sette grammi. Come potè avvenire ciò? forse il restante (grammi 19) si perdè in concomerazioni che per avventura essistevano nel sacco? Alla sera già era comparsa della tumefazione; sentivasi il sacco ripieno di una sostanza molle, come gelatinosa: dell' edema si era già formato sotto la pelle. Nei giorni successivi la tumefazione si accrebbe; poi rimase stazionaria fino a sette o otto giorni dopo l'operazione: ma questa tumefazione era, in gran parte, e forse per la maggior parte, costituita da edema sottocuetaneo: Il dolore era quasi nullo, e solo si risvegliava palpando e comprimendo. Da questo punto incominciò a decrescere adagio adagio aiutato da pasche fatte colla solita soluzione di tannino, ed in capo a 20 giorni potè partire dallo spedale, rimanendogli solamente un poco di tumefazione molle e pastosa nello scroto che non gli recava molestia veruna. L' ernia non ricomparve più; nulla ostante venne provveduto di un cinto. Lo pregammo caldamente a farsi rivedere nel caso di recidiva: abbiamo ragione di ritenere che la guarigione si mantenga perfetta, non essendosi più presentato.

Gli appunti storici vennero raccolti dallo studente Sig. Periccioli.

OSSERVAZIONE TREDICESIMA

Idrocele semplice della vaginale sinistra

Don Giuseppe Bindocci Parroco a S. Casciano dei Bagni entrava nella Clinica (camere distinte) il 17 luglio 1869 per esser curato di un idrocele semplice

della vaginale sinistra. Il Sig. Bindocci ha 67 anni, ma è forte, robusto, e di temperamento sanguigno: non ebbe mai malattie serie. È, fino dalla sua gioventù, affetto da un eruzione squammosa (psoriosis scrotalis) allo scroto, ed alla parte superiore interna delle cosce che poco lo incomoda. Sono cinque anni che si avvide di un tumoretto nel fondo dello seroto a sinistra: Che in principio grosso quanto una noce, ha ora raggiunto il volume, e la forma di una mezzana pera. La mattina veniente (18) si estraggono col trequarti 125 grammi di limpido siero citrino scarso di albumina; cui si surrogano 25 grammi di percloruro di ferro-maganico a gradi 6.° Vi si trattiene due minuti che bastano a destare lieve bruciore; quindi si estrae, e quello estratto è nella quantità di 23 grammi. Dei due grammi mancanti, un pò ne è stato versato nella biancheria; altra piccola quantità si è perduta nel vaso in cui è stato raccolto; onde ben pochi centigrammi ne devono esser rimasti a bagnare la vaginale. La reazione fu mite. L'indimani sentivasi bene la vaginale già ripiena di molle sostanza plastica: dell' edema sottocutaneo era nella parte più decliva dello seroto. Il Sig. Bindocci non perdè la sua abituale salute, ed il suo benessere ordinario: nessun dolore si faceva sentire, se pure non si comprimesse, o si stringesse la parte. Al secondo giorno fu forza accordargli il suo vitto ordinario. Il 28, dieci giorni dall' operazione, partì completamente guarito. Ci fece solenne promessa di scrivere, o di ritornare tutta volta che il male si fosse riaffacciato. Non avendo scritto si ritiene che la guarigione si mantenga completa.

Lo Studente Sig. Dott. Alessandro Bonelli ne redasse la storia.

Come vedete queste prime prove sono andate un po' a tentoni, come avviene sempre quando nuove sostanze, o nuovi metodi si introducono nella teropia chi-

rurgica: pure parmi legittimo poterne ricavare i seguenti corollari:

1.° Che iniettato nei seni fistolosi, distrugge la membrana piogenica del seno, e risveglia l'attività essudatoria delle sue pareti, onde ne avviene la cicatrice.

2.° Che nella necrosi agisce sui confini dell' osso vivente, ne sollecita l' attività vascolare; ed i nuovi vasi intromettendosi fra l' osso vivente e l'osso necrosato, se ne facilita il distacco e la separazione.

3.° Nell' idrocele modifica con prontezza la superficie interna della vaginale, che si riempie tosto di essudati plastici, con fenomeni di più o meno grave infiammazione a seconda della maggiore o minor quantità del percloruro iniettato e del grado di concontrazione di esso.

4.° Non importare che la quantità del percloruro iniettato distenda per intiero la sacca vaginale, ma bastare, spinto in piccola quantità, alcuni maneggiamenti perchè il liquido si porti a contatto di tutta la superficie interna di essa.

5.° Che il dolore risvegliato da questo liquido a contatto della sierosa è mitissimo, e talora appena avvertito, senza che riesca meno efficace.

6.° Che alla sua azione basta che venga adoperato ad un titolo molto inferiore, a gradi 6°, e vi sia trattenuto anche soli due minuti, come nella osservazione tredicesima, nella quale la guarigione completa, radicale fu ottenuta in soli 10 giorni.

7.° Che il fenomeno più spiacente, e che, a parer mio, ha prolungata la cura nella massima parte dei casi surriferiti di idrocele, si è l' edema duro che si è quasi costantemente sviluppato, che però non è un fatto serio. Forse si potrà evitare iniettando il percloruro di ferro-manganico a titolo molto basso, trattenendovelo poco, ed evacuandolo per intiero siccome è avvenuto nel caso del Bindocci.

Ho sperimentate le iniezioni di percloruro di ferro-manganico ancora negli ascessi freddi, ed in quelli per congestione; ma le osservazioni sono troppo scarse, ed anco non troppo favorevoli per doverle far soggetto di utili considerazioni.

Ho pòi amministrato il percloruro di ferro-manganico internamente in molti casi, nei quali d' ordinario sono indicate le preparazioni ferruginose, e quasi sempre con evidente vantaggio. Conto di allargare e continuare le mie osservazioni, e con tanto maggior fiducia, dacchè oramai è noto che il manganese fa parte integrale, sebben minima, del sangue e di molti altri umori del corpo umano, come lo ha dimostrato ancora il nostro Prof. Pollacci colle sue accurate ricerche.

DI UNA MIGNATTA

ATTACCATASI ALLA LARINGE

levata dopo 23 giorni.

RACCONTO

DEL PROF. GIOSUÉ MARCACCI

CLINICO CHIRURGICO ALLA R. UNIVERSITA' DI SIENA.

Il 5 d' Agosto dell' anno passato (1869) veniva a me Ferdinando Sonnati di Sinalunga (Provincia di Siena; uomo sui 40 anni forte e robusto; e facevami questo racconto. Ventidue giorni fa io era alla campagna; ed il caldo facendo grande, terminata la provvista della mia bevanda, tormentato dalla sete, mi condussi ad un ruscello che di li scorreva non molto lungi; mi chinai su di esso e ne sorbii colle labbra l' acqua corrente; nel mentre che vidi passare due mignatte in prossimità della mia bocca; come colpito da ribrezzo cessai tosto dal bere; ma non appena mi fui alzato, che venni preso da tosse, e mi avvidi di un' imbarazzo nella gola, che mi toglieva il respiro e mi impediva di parlare: E da quel punto fino a questo di non ebbi più bene, più posa. Se mi addormento, ed il sonno sarebbe grande, sono tosto destato da minaccia di soffocazione: E se avviene, preso da prepotente bisogno, che io mi addormenti per qualche mezz' ora, allora il respiro mi si serra, ed una violenta tosse mi si mette; ed il mio dormire è molto

rumoroso. Dopo lungo tossire parmi stare un po' meglio per brevi istanti, ma poi torno da capo: Spurgo della bava vischiosa, filante e sanguinolenta, ed anche mi cola spontanea dalla bocca, specialmente in quei momenti che posso dormire. Il mangiare, il bere, l'inghiottire in somma, non mi danno pena.

Questo racconto il Sonnati me lo fece con molto stento, con voce rauca, sommessa, ed in tuono quasi inintelligibile, ed in mezzo ad accessi di tosse. La inspirazione è accompagnata da un rumore strano: è un gorgoglio simile a quello che si produrrebbe soffiando con un cannello sott' acqua.

Frattanto mi assicura aver tuttavia la mignatta per la gola, ed esser venuto perchè io gliela levassi, dacchè ad altri non era riescito. Gli faceva riflettere essere poco credibile che una mignatta potesse rimanere attaccata 22 giorni; e che egli probabilmente si ingannava con altra malattia che fosse sopravvenuta: non si dava pace, e tornava a farmi il racconto del come aveva bevuto al ruscello; che quelle due mignatte non potevano esser sole; che si sentì subito imbarazzata la gola, e che la mancanza dei quattro incisivi superiori doveva aver facilitato l'ingresso. Mi guardi, soggiungeva, e la mignatta ci deve essere. Allora, come per contentarlo lo feci sedere dinanzi alla finestra, abbassai la lingua coi diti, e nulla mi riescì vedere, se non del rossore e delle muccosità sanguinolenti e vischiose; e tra perchè non credeva punto alla esistenza della mignatta, e tra perchè nulla vidi, assicurai il malato che la mignatta esisteva nella sua imaginazione. Ma Egli non si arrendeva, nè voleva abbandonare la stanza del mio studio finchè non gli avessi levata la mignatta; e mi scongiurava, come poteva, a tornare a visitarlo di nuovo e un pò meglio: vinto dalle sue preghiere, e dal suo patire tornai ad esaminarlo; abbassai coi diti for-

temente la base della lingua, ed in questo frattempo preso da un violento colpo di tosse, cacciò in alto ondeggiante l'estremità caudale della mignatta che io vidi allora con tutta chiarezza di contro la laringe: alla tosse succedendo una forte inspirazione, la mignatta con romoroso gorgoglio veniva attirata entro la laringe e trachea: allora era ovvio il vederla ad ogni rinnovarsi della tosse. Perlochè la mignatta fissa colla estremità bucale, veniva alternativamente spinta in alto tossendo, attratta in basso inspirando: Vi portai un dito e fu facile sentire, che era attaccata all'interno dell'orlo superiore destro della laringe; tentai di volerla distaccare coll'unghia, ma un pò perchè tenacemente adesa mi scivolava, ed un pò perchè l'ammalato era del continuo agitato da tosse, non potei riescirvi. Allora, per l'essere l'ora tarda, ed anche per il desiderio di mostrare il caso, invero un pó strano, agli studenti, lo pregai a presentarsi l'indomani alla Clinica. La mattina veniente fatto mettere il paziente dinanzi ad una finestra bene illuminata, aspettando un colpo di tosse, venne con un paio di pinzette a polipo facilmente afferrata ed estratta. Ogni disturbo cessò immediatamente.

La mignatta attaccata alla parte interna dell' orlo superiore della laringe cadeva, rilasciandosi, colla estremità libera nella cavità laringea fino a sorpassarla, e ne era ricacciata al tornar della tosse, per rientrarvi alla inspirazione successiva.

La mignatta si mantenne viva in una boccetta per quattro in cinque mesi ancora, nel gabinetto dell'infermier Maggior Sig. Dott. Ernesto Bagnoli.